UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947 N° 59

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES Inflammations chroniques non spécifiques de la langue

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Juillet 1947

PAR

JACQUES CHAPUT

MEMBRES DU JURY... MM. BOULARAN, *Président*
ROQUES
DIEULAFÉ *Assesseurs.*
GADRAT
BOUNHOURE *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, Rue Romiguières, 2

1947

Contribution à l'Etude

des

Inflammations chroniques non spécifiques de la langue

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947 N° 59

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES Inflammations chroniques non spécifiques de la langue

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Juillet 1947

PAR

JACQUES CHAPUT

MEMBRES DU JURY....
- MM. BOULARAN, *Président.*
- ROQUES
- DIEULAFÉ — *Assesseurs.*
- GADRAT
- BOUNHOURE — *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, Rue Romiguières, 2
—
1947

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

Professeurs honoraires

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, MERIE, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAU, DALOUS, LAFFORGUE, SERR

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE, VALLOIS
Anatomie	CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	MONNIER (P.)
Médecine légale et déontologie	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,
Anatomie	COULOUMA.
Obstétrique	GUILHEM

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	LAZORTHES
Histologie	BIMES, ch. des t.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.),
Ophtalmologie	DEODATI.
Chimie Médicale	VALDIGUIE.
Physique Médicale	MARQUES.
Chirurgie	VIRENQUE, GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.),
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHO

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol. élém. aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Stomatologie	CADENAT
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX,
Législation pharmaceutique	BGUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.), DAMBRIN (P.)
Microbiologie	BOUISSET
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ MAT
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale et du Travail.	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale.	THOMAS
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES,
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté .... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidat
(Délibération du 12 mai 1891.)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA GRAND-MERE

A MES PARENTS

En reconnaissance de tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MA SOEUR

A MA FIANCEE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BOULARAN

Professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté.
Chirurgien-chef honoraire des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre Thèse.

Qu'il trouve ici, l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A NOTRE JURY DE THESE

M. le Professeur E. ROQUES

Professeur de clinique médicale à la Faculté.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

M. le Professeur DIEULAFE

Professeur agrégé à la Faculté.

M. le Professeur GADRAT

Professeur agrégé à la Faculté.

M. le Docteur BOUNHOURE

Chargé de cours à la Faculté.
Médecin-chef des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A NOTRE MAITRE

M. le Professeur DIEULAFE

Professeur agrégé de la Faculté.

Il a bien voulu nous suggérer la matière de notre étude et nous a aidé de ses précieux conseils.

Nous voulons le remercier ici de l'aimable accueil qu'il nous a réservé et de la bienveillance dont il a fait preuve à notre égard.

A NOS MAITRES

de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand.

M. le Professeur PAILLARD

M. le Professeur PETIT

M. le Professeur GRIVEAUD

Introduction

Les grands agents des inflammations chroniques de l'organisme n'épargnent pas la cavité buccale et particulièrement la langue.

Au premier plan de ceux-ci il faut placer le tréponème pâle qui amène des lésions de cet organe à tous les stades de la syphilis.

Il faut également accorder une place importante au bacille de Koch et aux différentes mycoses.

Mais la situation de la langue dans la cavité buccale, au contact des dents, à l'orée du tube digestif et des voies respiratoires l'expose à des excitacions répétées qui peuvent entraîner des lésions chroniques, superficielles ou profondes de sa muqueuse.

Les réactions de celle-ci sont conditionnées par sa structure histologique. Deux faits essentiels sont, en effet, à considérer à son niveau :

— L'absence, à la partie supérieure de son épithélium du stratum granulosum et de couches de cellules kératinisées ;

— La présence de replis formés par les papilles caliciformes, fongiformes et filiformes, papilles centrées sur un axe conjonctif très vascularisé.

Il faut noter également l'absence complète de sous-muqueuse.

L'épithélium lingual réagit suivant deux modes bien distincts aux causes d'inflammation chronique :

— Ou bien les couches superficielles s'épaississent et se chargent de kératine, donnant lieu à un processus d'hyperkératinisation ;

— Ou bien les papilles se tuméfient, se desquament et finalement sont frappées dans leur corps même. Ce sont à ces deux degrés des processus de desquamation et de dépapillation.

Si, enfin, l'inflammation franchit l'épithélium nous pouvons voir se développer une glossite chronique profonde.

Ces lésions peuvent survenir dans des circonstances bien différentes.

Elles peuvent n'être qu'un symptôme accessoire au cours d'une maladie d'un autre appareil. C'est le cas de la glossite des dyspeptiques.

Elles peuvent résulter de l'extension à la cavité buccale d'une affection dermatologique générale et, dans ce cas, la langue est exceptionnellement seule atteinte.

Mais il existe, en dehors de ces divers cas, des lésions bien particulières intéressant uniquement la muqueuse linguale.

Rayer, en 1831, Archambault et Bergeron, en 1864, sans le nom de langue géographique, ont décrit l'affection que Fournier nomma plus tard glossite exfoliatrice

marginée et dont se rapproche la glossite de Moeller, étudiée surtout en Amérique.

En 1835, Rayer signalait une affection à laquelle Raynaud, en 1869, donnait le nom de langue noire pileuse et à laquelle Lebar rattachait la langue blanche pileuse.

Ce sont Brocq et Pautrier qui, en 1914, ont rapporté le premier cas de glossite losangique médiane.

Nous engloberons, dans l'étude de ces formes, celle de certains cas de plaques lisses fauchées de la langue dont la constatation n'est pas pathognomonique de la syphilis, quoiqu'en aient dit de nombreux auteurs, ainsi que celles des plaques de leucoplasie non spécifique, qui, bien qu'elles ne soient pas localisées uniquement à la langue et puissent se retrouver au niveau de toutes les muqueuses et particulièrement de la muqueuse buccale, doivent, néanmoins, prendre place ici en raison de l'intérêt de leur diagnostic et de l'importance de la conduite à tenir en leur présence, étant donné la possibilité qu'elles offrent d'être le siège d'une évolution maligne.

Enfin, nous envisagerons également les glossites chroniques profondes d'origine non spécifique.

Nous ne prétendons pas apporter ici de conceptions nouvelles à l'étude de ces diverses lésions dont la description clinique a déjà été faite à plusieurs reprises, mais dont l'étiologie et la pathogènie restent encore obscures. Nous chercherons simplement à la lumière des publications antérieures et des observations que nous avons pu réunir dans le service de M. le Docteur Griveaud, professeur de clinique dermatologique à l'école de Médecine de Clermont-Ferrand, ainsi que celles qui

ont été mises à notre disposition par le Docteur Robert Fouques, stomatologiste et M. Jacob, chirurgien dentiste, à faire ressortir les grandes lignes qui se détachent de l'étude des inflammations chroniques non spécifiques de la langue et à contribuer ainsi, modestament, à leur étude, étude très importante pour le clinicien, étant donné le fait que leur observation fait ordinairement craindre un néoplasme de cet organe.

Etiologie

Une fois eliminées syphilis, tuberculose et mycoses, voyons quels sont les facteurs étiologiques que l'on retrouve à la base des glossites chroniques, qu'elles soient superficielles ou profondes et qui peuvent, dans une certaine mesure, déterminer leur nature et leur évolution. En premier lieu, il faut accorder une grande place aux altérations dentaires.

On comprend facilement que la langue, organe mobile, animée de mouvements fréquents lors de la parole ou du passage des aliments, en rapport étroit avec le système dentaire peut subir de nombreuses irritations lors des lésions de celui-ci. De très nombreux auteurs l'ont signalé au chapitre étiologique de toutes les glossites non spécifiques. Nous ne citerons que quelques cas qui nous semblent plus démonstratifs. Celui d'Engmann et Weiss, de St-Louis, qui ont guéri une glossite de Moeller en extirpant des dents pyorrheïques longtemps méconnues. D'autre part, les glossites chroniques profondes ne relèvent que de deux causes : la syphilis et les lésions dentaires, et le siège d'une telle affection en regard d'un chicot contribue au diagnostic différentiel.

En 1928, Ralph et Goldsmith ont signalé la présence de lésions dentaires dans nombre de cas de langue

noire pileuse et nous retrouvons dans toutes les observations que nous avons recueillies la présence de dents en mauvais état préexistantes ou concomitantes à la lésion linguale.

Comment agissent-elles et quel est leur rôle dans la genèse des affections chroniques de la langue ? Elles jouent d'abord un rôle mécanique par la formation d'arêtes tranchantes sur lesquelles la langue vient frotter au cours des mouvements incessants que nécessitent ses diverses fonctions. Ensuite, la formation à leur niveau de cryptes, de cavités, permet la pullulation de saprophytes à l'intérieur de la cavité buccale.

Très importante peut-être aussi la participation des appareils de prothèse. Ils peuvent agir, comme nous l'avons vu ci-dessus, pour les dents, s'ils sont mal ajustés ou mal entretenus. Mais ils peuvent avoir une action beaucoup plus curieuse dont le cas de notre malade N° 1 est un bon exemple. L'emploi d'amalgames, de pièces de prothèse bi-métalliques donne naissance à des courants électriques et détermine des plaques de lencoplasie électrogalvanique (Ullman).

La muqueuse linguale, comme tous les tissus épithéliaux, a la propriété de réagir à toutes les irritations et agents vulnérants, d'autant plus que ceux-ci agissent de façon répétée et prolongée.

Ces irritations sont particulièrement fréquentes au niveau de la bouche et il n'est pas douteux que l'usage de l'alcool, des épices et du tabac favorisent l'apparition de plaques de lencoplasie et de langue noire pileuse.

Nous rapportons, dans notre observation N° 3, le cas d'une glossite exfoliatrice marginée consécutive à une irritation de cause chimique (brûlure par acide

phénique). L'apparition de la lésion quelques jours après la brûlure, la localisation à l'endroit même de celle-ci nous semblent devoir faire admettre une nette relation de cause à effet.

Faut-il faire une place aux théories microbiennes ou parasitaires par lesquelles plusieurs auteurs ont tenté d'expliquer certaines des lésions qui nous occupent ?

Millian et Kitchewitz, dans une communication au Congrès de Bruxelles, en 1926, ont annoncé la découverte d'un streptobacille agent de la glossite exfoliatrice marginée. Auparavant, on avait déjà cherché à rattacher cette lésion aux mycoses, en raison de son aspect clinique et de son évolution particulière.

Mais c'est surtout au sujet de la langue noire pileuse que l'on a invoqué l'action de nombre de parasites. On a incriminé notamment le cryptococcus linguaé de Lucet, l'oospora lingualis de Guégen, le rhizopus niger, mais aucune de ces affections n'est contagieuse et on n'a pu les inoculer. Il semble qu'il ne s'agisse là que de la pullulation se saprophytes, pullulation due aux lésions dentaires, comme nous venons de le voir ou à un changement de milieu buccal, mais sans rapport étiologique avec les lésions constatées.

Or, le milieu buccal est en rapport constant avec le tube digestif. Il n'est, pour le montrer, que de rappeler les modifications de la langue lors de troubles même légers, chez un sujet sain, de l'estomac ou de l'intestin.

Les troubles digestifs jouent un rôle de premier plan dans l'étiologie des glossites chroniques. Il existe d'ailleurs une glossite chronique des dyspeptiques dont les caractères ont été nettement différenciés et qui peut prendre deux types : une forme avec desquamation et

tuméfaction des papilles chez les hypersthèniques, une forme ou, au contraire, domine l'absence de desquamation chez les atoniques.

Mais en dehors de ces cas nettement tranchés, le tube digestif et les glandes annexes réagissent sur la langue, et leur influence se manifeste dans nombre des cas qui nous intéressent.

Brocq les fait rentrer dans les causes de la lencoplasie non syphilitique. Darrier signale leur action dans la genèse des plaques lisses fauchées de la langue. Rousseau - Decelle fait état des poussées évolutives de la glossite exfoliatrice marginée consécutives à des troubles gastro-intestinaux. Galé leur donne un rôle important dans la genèse de la langue noire pileuse.

Nous retrouvons dans plusieurs de nos observations la présence de troubles digestifs de nature mal définie et des signes d'insuffisance hépatique de nature éthylique.

Mais si toutes ces causes ont une très large part dans l'étiologie des affections que nous étudions ici et si elles peuvent, parfois, seules ou associées, déterminer des inflammations chroniques de la langue, on les retrouve chez nombre de sujets où elles n'ont jamais déterminé aucune lésion de ce genre. Aussi de nombreux auteurs admettent-ils la notion d'un terrain prédisposant, en général diathèsique ou débilité.

A quelle diathèse faut-il accorder ici la prédominance ? Il semble que ce soit à l'arthritisme, grand facteur de chronicité dans l'organisme humain. Brocq, et après lui Rousseau-Decelle, attribuent à l'association arthritisme tabac la formation des plaques de leucoplasie non syphililitiques. De même, le premier

voit dans les plaques fauchées non spécifiques une manifestation arthritique. Czerny a fait de celles-ci des attributs de sa diathèse exsudative. Besnier, le premier, voyait dans la glossite exfoliatrice marginée une forme de l'eczema, dermatose que l'on a lié, depuis, à la diathèse arthritique.

D'autres auteurs ont signalé un trouble des humeurs de l'organisme. Desaux a rapporté le cas d'un malade chez qui la présence de plaques lisses fauchées de la langue était due à un choc hémoclasique et il les a liées à l'urticaire. Un traitement désensibilisant a d'ailleurs amené la guérison.

Ullman cite sept cas de leucoplasie développée chez des hypercholéstérinemiques ayant entre 160 et 180 centigrammes de cholestérine par litre de sang.

Enfin, on a rattaché ces lésions à des manifestations d'ordre trophonévrotique. On a cité à l'appui de cette hypothèse l'action aggravante des règles dans la glossite exfoliatrice marginée.

Unna, Wallerand et Surmont ont défendu la thèse de l'intoxication nerveuse.

Age et sexe. — L'âge et le sexe jouent-ils ici un grand rôle ? Il y a lieu de remarquer d'abord que la fréquence de tels troubles est plus grande chez les adultes et les vieillards que chez les jeunes. Ceci est tout à fait normal, les facteurs étiologiques que nous avons étudiés étant eux-mêmes beaucoup plus fréquents chez les gens âgés.

Il est beaucoup plus intéressant de noter la prédominance relative des affections desquamatives et dépapillantes chez les jeunes, des affections hyperkératinisantes chez les adultes et particulièrement les vieillards.

L'homme réagit-il différemment de la femme ? On peut se le demander étant donné que la glossite exfoliatrice marginée prédomine dans le sexe féminin et la langue noire pileuse dans le sexe masculin. Mais il est impossible de se faire une idée nette du problème, les facteurs d'âge et de sexe étant intriqués et, d'autre part, le manque de signes fonctionnels habituels entraînant la méconnaissance de lésions dont la découverte n'est souvent due qu'au hasard.

Que ressort-il de cette rapide étude ? En premier lieu, nous remarquons que les mêmes facteurs étiologiques se retrouvent à l'origine des inflammations chroniques non spécifiques de la langue. Ces facteurs sont généralement intriqués à des degrés divers qui ne semblent avoir aucun rapport avec la forme clinique que prendra la lésion consécutive.

On admet presque toujours, à l'origine, un trouble du terrain qu'il faudra dépister : sénilité, diathèse, etc...

Il faut ensuite accorder un rôle de premier plan aux lésions dentaires de toutes natures et aux troubles digestifs.

Enfin, si la prédominance de certaines formes cliniques semble être, en gros, fonction de l'âge du sujet, le sexe de celui-ci ne semble pas déterminer l'évolution de la lésion vers un type particulier.

Etude clinique

Si on met à part la glossite chronique d'origine dentaire qui, seule, en dehors de la syphilis, frappe la profondeur de la langue, la lésion des papilles linguales constitue à elle seule toute la symptomatologie des inflammations chroniques superficielles. Lorsque ces lésions se présentent isolées, elles réalisent des tableaux cliniques parfois fort curieux dont nous allons exposer repidament les caractéristiques :

Les glossites chroniques superficielles desquamantes.

La lésion initiale est la desquamation de la partie supérieure de l'épithélium recouvrant les papilles et se présentant sous la forme d'une plaque rouge vif, légèrement déprimée. On en distingue deux sortes : la glossite exfoliatrice marginée, la glossite de Moeller.

La glossite exfoliatrice marginée

Elle présente deux caractères objectifs principaux :

— Présence d'une surface rouge vif, desquamée et déprimée ;

— Présence d'un mince bourrelet blanc grisâtre et mobile entourant cette surface.

La lésion débute par l'apparition d'une petite tâche blanc grisâtre, légèrement surélevée, sur le bord de la langue. Peu à peu, son centre devient rouge et se déprime. Cette partie centrale s'étend de plus en plus, refoulant le bourrelet périphérique qui s'amincit en augmentant sa circonférence. Le diamètre peut atteindre la dimension de celui d'une pièce de un franc. A ce stade, la surface centrale est sèche et desquamée, mais sa couleur rouge vif s'atténue en se rapprochant du centre où l'épithélium est en voie de régénerescence. La partie blanche périphérique est légèrement surélevée.

La lésion n'a aucune tendance à s'étendre à la face inférieure de la langue. Les signes fonctionnels sont nuls ou insignifiants.

La guérison s'annonce par l'effacement progressif du bourrelet circonférentiel et le retour de la plage centrale vers une coloration normale.

Mais très souvent la guérison ne s'effectue pas ainsi, le centre de la plaque primitive devenant le centre d'un nouvel élément qui se développe à l'intérieur du premier, réalisant une disposition en cocarde.

D'autres fois, il se forme plusieurs éléments qui peuvent confluer et réaliser le type décrit par Bergeron et Archambault sous le nom de langue géographique.

Au point de vue histologique, le microscope révèle au niveau de la plage centrale une desquamation importante, mais, fait essentiel, l'épiderme ne disparaît jamais entièrement et a toujours tendance à se reformer sur les papilles centrales.

L'évolution est bénigne. Elle se fait par poussées répétées, consécutives à des causes multiples, particulièrement à des troubles gastro-intestinaux et lors de l'approche des règles chez la femme. Nous citons, dans l'observation N° 3, le cas d'une malade chez qui l'évolution a été très lente et qui est stabilisée depuis 4 mois.

La durée en est indéterminée.

La glossite de Mœller

Cette affection a surtout été décrite en Amérique et elle ressemble, par son aspect clinique, à la glossite exfoliatrice marginée que nous venons de décrire. Ici aussi, nous avons affaire à un processus anatomo-pathologique de desquamation.

Les seules différences notables sont les suivantes :

— Toute la lésion desquamée est uniformément rouge vif ;

— Il existe un léger œdème inflammatoire de toute la langue ;

— La lésion est particulièrement sensible au point d'empêcher toute alimentation.

Les glossites chroniques superficielles dépapillantes

Dans ces lésions, l'examen anatomo-pathologique montre que, non seulement les couches superficielles de l'épithélium ont disparu, mais que les papilles elles-mêmes ont été atteintes et atrésiées. On observe alors des plages rouges, déprimées et dont le principal caractère est leur surface lisse et vernissée, dépourvue de papilles.

On en distingue deux sortes :

— Les plages lisses fauchées de la langue qui peuvent siéger en n'importe quel point de l'organe ;

— La glossite losangique médiane de Brocq et Pautrier, remarquable par la fixité de son siège et de sa forme.

Les plaques lisses fauchées de la langue

Elles sont constituées par des placards plus ou moins lenticulaires ou bien confluent en de larges nappes dépapillées, lisses, rosées ou rouges, sèches et vernissées. Elles sont régulièrement et nettement limitées, mais ne présentent pas de bourrelet périphérique.

Elles peuvent parfois s'étendre à toute la langue, réalisant alors la glossite diffuse des intoxiqués de Brocq.

Elles ne diffèrent que peu des plaques en prairie fauchées de la syphilis secondaire, comme nous le verrons au chapitre du diagnostic différentiel.

La glossite losangique médiane

Cette affection est caractérisée :

— Par son siège constant au niveau du tiers moyen de la face dorsale de la langue en avant du V lingual et sur la ligne médiane ;

— Par son axe de symétrie qui se confond avec cette ligne médiane ;

— Par sa forme régulière losangique à angles mousses, ou plus rarement arrondie ;

— Par son aspect lisse et parfois mamelonné. Certains des mamelons sont légèrement jaunâtres, au centre.

La lésion donne à la palpitation, la sensation d'une légère induration.

Les symptômes fonctionnels sont nuls ou insignifiants et elle peut rester longtemps méconnue.

Les lésions anatomiques consistent en plus de la dépapillation en une infiltration modérée du derme et en un épaississement du corps muqueux de Malpighi.

Les glossites chroniques superficielles hyperkeratinisantes

Au contraire des précédentes, elles sont caractérisées par l'hyperproduction et l'épaississement des couches superficielles de l'épithélium.

Celle-ci peut prendre naissance en deux points distincts :

— Au fond des sillons interpapillaires où la muqueuse s'épaissit et, de là, recouvre les papilles réalisant la plaque de leucoplasie ;

— Au sommet même des papilles, les coiffant de prolongements épidermiques ce qui constitue les affections connues sous le nom de langue noire pileuse et de langue blanche pileuse, dont nous confondrons l'étude.

La langue noire pileuse

Elle est caracterisée par :

— L'allongement des papilles filiformes ;

— La coloration noire que prennent leurs prolongements.

L'affection, ne donnant lieu à aucun trouble local, si ce n'est une certaine impression de sécheresse et de

rugosité, insconstantes d'ailleurs, est, la plupart du temps, découverte par hasard.

Le début se fait, en général, en avant du V lingual, de chaque côté de la ligne médiane, et la lésion a tendance à progresser vers la pointe et les bords. Les papilles, hypertrophiées, peuvent atteindre une longueur voisine du centimètre et elles se couchent par touffes dans des sens différents comme « les blés versés après l'orage » (Gubler et Raynaud).

L'évolution est lente. coupée de périodes de rémission et peut se faire vers la guérison.

Anatomiquement, on constate une énorme hypertrophie de la gaine cornée des papilles dont les lamelles s'écartent de l'axe comme les branches d'un sapin. La coloration d'après Lebar serait due à l'oxydation de la kératine.

C'est pourquoi, à sa suite, nous rattacherons à cette affection celle connue sous le nom de langue blanche pileuse qui ne serait qu'une forme de début.

Dans ces cas, la langue est sèche, blanche. Sa surface formée de petites aiguilles dressées verticalement et donnant au toucher, une sensation de râpe.

Les plaques de leucoplasie

Nous ne nous occuperons pas, ici, de la leucoplasie intense qui est de nature syphilitique et nous décrirons seulement les formes légères qui, comme nous l'avons vu, admettent une étiologie toute différente.

Les caractéristiques en sont les suivantes :

— Présence sur la langue de plaques nacrées, translucides ou bleuâtres, d'évolution très lente ;

— Une altération sous-jacente atteignant la muqueuse.

Le début, souvent inaperçu, consiste en l'apparition d'une coloration érythèmateuse de la muqueuse, avec tuméfaction des papilles.

Puis, la couche épithéliale se trouble, prenant une coloration blanc-bleuâtre, laissant transparaître la rougeur de la muqueuse sous-jacente. La teinte tend à devenir blanche, plus ou moins nacrée.

On constate l'effacement des papilles et des sillons de la muqueuse.

L'étude anatomique montre :

— Un développement considérable des cellules superficielles dont la couche supérieure est kératinisée ;

— Une prolifération du corps muqueux de Malpighi ;

— Une sclérose du derme, peu importante dans les formes non spécifiques.

La plaque de leucoplasie, d'évolution bénigne par elle-même,peut se fissurer, s'ulcérer et devenir le siège d'une transformation maligne.

La glossite chronique profonde d'origine dentaire

Nous avons vu que c'est la seule forme de glossite profonde non spécifique. Notre observation N° 4 en est un cas typique.

Elle présente trois phases dans son évolution.

Une phrase érythèmateuse où la muqueuse exposée à des frottements continuels sur la dent vulnérant s'enflamme progressivement.

Les papilles peuvent se tuméfier, se desquamer et réaliser un tableau analogue à celui des plaques lisses fauchées, tableau auquel vient s'ajouter une dou-

leur sourde spontanée et présentant des paroxysmes aigus lors des mouvements et des contacts.

Une phase nodulaire : il se forme dans l'épaisseur de la muqueuse un nodule adhérent, mal limité, qui devient de plus en plus saillant et mobile. Toute la partie de la langue avoisinante perd sa souplesse, s'infiltre d'œdéme et devient douloureuse.

Enfin, à la dernière phase, le nodule inflammatoire s'ulcère et réalise le tableau clinique de l'ulcération dentaire.

Nous voyons donc que nous avons affaire à des affections dont le cadre clinique est bien différencié. Les différentes lésions envisagées correspondent à un substratum anatomo-pathologique particulier et le microscope peut assurer un diagnostic qui repose sur la simple constatation des lésions, les signes objectifs donnés par la vue étant, avec la palpation, les seuls guides de l'examen.

Diagnostic différentiel

De nombreuses inflammations peuvent donner des images cliniques analogues ou se rapprochant de celles que nous venons de décrire et, dans certaines formes, le diagnostic différentiel n'est que question de nuances et ne peut se baser uniquement sur l'examen local.

Nous allons considérer de façon indépendante les glossites chroniques superficielles avec desquamation et dépapillation d'une part, les glossites hyperkératinisantes de l'autre et, finalement, la glossite chronique profonde d'origine dentaire.

Diagnostic différentiel des glossites chroniques superficielles desquamantes et dépapillantes

Quelles sont les affections chroniques de la langue qui peuvent nous donner des tableaux cliniques semblables à ceux des affections non spécifiques que nous étudions ici ? Au premier plan, il faut placer la syphilis.

Les lésions syphilitiques. — Le tréponème pâle frappe la muqueuse lingale à toutes les périodes de la syphilis.

Période primaire. — Le chancre syphilitique de la langue.

Il siège, en général sur le tiers antérieur de la face dorsale.

Dans sa forme érosive, il se présente comme une surface ovalaire et régulière, de 15 à 30 millimètres de diamètre. C'est une érosion très superficielle à fond lisse et rougeâtre.

Il faut le distinguer principalement de la glossite losangique médiane et des plaques lisses fauchées.

Il s'en différencie :

— Par son induration nette, plus ou moins circonscrite, en lamelle ou en carte de visite ;

— Par son ganglion satellite ;

Par la recherche du tréponème pâle dans sa sérosité, recherche rendue difficile par la présence de nombreux spirilles, hôtes habituels de la cavité buccale (Spirochaeta dentum, Spirille de Vincent, Spirochaeta refringens...)

Période secondaire. — La période secondaire de la

syphilis offre des lésions dont le diagnostic est très difficile. Si la roséole de la cavité buccale épargne la muqueuse linguale, les plaques fauchées en prairie de la syphilis présentent le même aspect que les plaques lisses fauchées non spécifiques, à tels points, que de nombreux auteurs, parmi lesquels Fournier, ont voulu faire de toutes des attributs de cette maladie. Il est démontré actuellement qu'il n'en est rien.

Le diagnostic est ici question de nuances, la base des lésions syphilitiques étant toujours légèrement infiltrée.

Mais surtout, l'interrogatoire, l'examen clinique général, les réactions biologiques nous donneront la solution du problème qui se pose.

Période tertiaire. — Les mêmes éléments de diagnostic se retrouvent dans les manifestations de la glossite scléreuse superficielle ou corticale d'origine spécifique, qu'elle se présente dans sa forme en ilôts ou dans sa forme en nappe.

La sensation d'une induration sous-jacente étalée et, parfois, un très léger relief aideront au diagnostic qui sera étayé par l'examen général et les réactions biologiques.

Les lésions tuberculeuses

La tuberculose de la langue, pose la question du diagnostic différentiel principalement dans trois de ses formes.

Le lupus vulgaire de la langue à son début ;

L'ulcère tuberculeux au début ;

Le lupus érythémateux des muqueuses.

Le lupus vulgaire de la langue est très rare. A son

début, la muqueuse est rouge, vernissée, brillante, mais parsemée de points gris- jaunâtres apparaissant sous l'épithélium aminci.

D'ailleurs, le lupus vulgaire de la langue n'évolue jamais isolément.

L'ulcère tuberculeux, à son début, se caractérise lui aussi par une muqueuse rouge avec présence de points jaunâtres, sous l'épithélium en voie de destruction. Ce n'est en règle générale que l'extension à la langue d'une tuberculose en évolution dans l'organisme.

Le lupus érythémateux de la langue est rattaché à la tuberculose par les dermatologistes français à la suite de Besnier.

Son diagnostic est très difficile avec la glossite losangique médiane, surtout dans la forme décrite par Brocq qui consiste en la présence, en avant du V lingual, d'une lésion d'aspect particulier, résultant d'une dépapillation et d'une desquamation apparente de la muqueuse qui devient rouge foncé, mamelonnée et jaunâtre au centre.

Les glossites symptomatiques. — Différentes affections de l'organisme peuvent réagir sur la langue et réaliser des lésions identiques à celles que nous avons décrites. Il faut les en différencier cependant car elles ont une cause nettement déterminée et sont parfois pathognomoniques de l'affection.

La glossite des dyspeptiques. — Nous avons vu que les dyspepsies jouaient un rôle très important dans l'étiologie des inflammations chroniques non spécifiques. Mais il est des cas où la lésion du tube digestif cause directement et à elle seule la glossite consécutive.

C'est le cas de la langue des hypersthéniques qui

peut se confondre avec toutes les lésions de desquamation. C'est elle-même une glossite desquamante, atteignant, en général, la totalité de la muqueuse linguale à la face supériure de l'organe.

La langue est rouge avec un aspect framboisé résultant de la saillie inégale des papilles tuméfiées.

Il existe souvent une sensibilité vive avec brûlures et picotements.

Péraire a décrit, sous le nom de langue écarlate, une coloration rouge carminée de la langue qui est « comme ripolinée » et qu'il considère comme presque pothognomonique de l'évolution d'un néoplasme du tube digestif ou de ses annexes.

Chevalier a voulu différentier de la glossite losangique médiane, une glossite mamelonnée, spécifique d'une gastrite mamelonnée reconnue uniquement par gastroscopie.

En fait, le diagnostic différentiel se fait surtout par la notion de lésion préexistante du tube digestif et par l'étendue de l'affection à toute la surface de la langue.

La glossite de Hunter. — C'est une glossite pathognomonique de l'anémie pernicieuse. On a voulu l'identifier avec la glossite de Mœller, mais elle s'en différencie nettement :

Par l'absence de bourrelet blanc périphérique.

Par la présence de vésicules sur les bords de la langue.

Par la douleur qui ici est inconstante.

Le diagnostic avec la glossite rasée antérieure ou totale de Chevalier, forme clinique de la glossite de Hunter repose sur les mêmes bases.

Il est fixé par les symptômes concomitants de la

maladie de Biermer et par la numération globulaire.

La glossite des diabétiques présente les caractères suivants :

Sécheresse persistante de la bouche, muqueuse rouge, sèche et racornie qui se fissure et s'ulcère facilement.

Le diagnostic se fait par les autres manifestations du diabète et par le dosage de la glycémie.

La glossite de la pellagre. — La muqueuse lingale est rouge, tuméfiée, douloureuse. La langue est fissurée. Les lésions s'étendent à toute la cavité buccale.

Là aussi, le diagnostic est fait par les autres signes de la pellagre : érythèmes, troubles digestifs et troubles nerveux, et par la prédominance des lésions au printemps, au moment de l'exacerbation de la maladie.

La glossodynie. — Cette maladie, appelée par Verneuil dans sa communication à l'Académie de Médecine, le 27 septembre 1889, « ulcération imaginaire de la langue » et nommée « burning Tongue » par les auteurs de langue anglaise, est caractérisée par une sensation de cuisson continuelle, siégant à la pointe de la langue, et sur les bords et se transformant en douleurs paroxystiques à l'excitation.

Mais à l'inspection on ne découvre pas de lésions. A la loupe on constate assez souvent des petits points rouges-vifs, légèrement déprimés et paraissant dus à une minuscule abrasion de la muqueuse.

Cette lésion ne se trouverait que chez les névrophates et le docteur R. Nogue la nomme « névralgie de la langue ».

Erythroplasie. — Elle se présente sous forme de

placards rouges, bien limités, à surface velvetique, infiltrant modérément le derme peu ou pas douloureux et dont l'évolution lente aboutit généralement au cancer.

En cas de doute, la biopsie permet le diagnostic.

Diagnostic différentiel des glossites chroniques hyperkératosiques

Là aussi, il faut nous occuper, en premier lieu des lésions produites par le tréponème pâle.

Lésions syphilitiques

Si la période primaire ne donne pas d'affections de nature hyperkératinisante, le diagnostic peut être délicat aux autres périodes de la maladie.

La plaque de leucoplasie syphilitique. — Le diagnostic est très difficile entre les plaques de leucokératose d'origine non spécifique et les plaques de leucoplasie syphilitique, à tel point que certains auteurs parmi lesquels Fournier, Barthélemy, E. Sergent ont voulu faire de cette maladie la seule cause de cette affection.

Mais il est démontré actuellement que l'étiologie en peut être diverse. Et cela a une grande importance, surtout en vue de la thérapeutique à instituer.

Les différences au point de vue local sont minimes et on ne peut se baser uniquement sur elles pour trancher un diagnostic différentiel.

Il faut tenir compte cependant du fait que les plaques de leucoplasie syphilitique sont plus épaisses. Leur coloration est franchement blanche. Leur surface est parcheminée et peut prendre l'aspet de la leuco-

plasie verruqueuse avec de véritables crêtes en saillie.

De plus les lésions spécifiques sont plus étendues et plus disséminées. Elles ne sont pas en rapport avec une cause locale d'irritation. Mais, en présence de toute plaque de leucoplasie et particulièrement de leucoplasie intense, il faut soupçonner la syphilis et faire tous les examens de laboratoire nécessaires à son dépistage et rechercher les autres stigmates de la maladie.

La glossite scléreuse superficielle. Nous avons déjà parlé de cette affection au sujet du diagnostic des glossites dépapillantes avec lesquelles elle peut se confondre à sa période de début.

Mais, au cours de son évolution, la sclérose s'installe progressivement et la teinte rouge initiale est remplacée par une teinte gris-blanchâtre.

Le diagnostic se fait par l'évolution toute spéciale des lésions, la facilité avec laquelle se produisent à leur niveau des fissurations et des ulcérations banales et surtout par le dépistage de la syphilis.

Les mycoses

Les mycoses, en se développant sur la langue peuvent la recouvrir d'enduits simulant des affections hyperkératinisantes.

Le muguet. — Il se développe presque uniquement au niveau de la cavité buccale. Très fréquent chez les enfants, on le rencontre parfois chez les adultes, les vieillards, les cachectiques, les débilités, dans les maladies chroniques et au cours des maladies infectieuses graves.

Après une phase de sécheresse et de rougeur de la

langue qui prend un aspect vernissé, on voit apparaître des points blancs en grains de semoule qui confluent pour former des plaques ressemblant à du lait caillé. De blanc, l'enduit devient jaunâtre ou grisâtre.

Très adhèrent aux premiers jours, il résiste au raclage.

Mais, par la suite, ses formations finissent par se soulever d'elles-mêmes et s'enlèvent au moindre contact.

Le diagnostic différentiel se base sur :

— L'évolution du muguet ;

— L'extension à toute cavité buccale. Les cas de localisation linguale sont exceptionnels (deux cas de Kennedi en 1933) ;

— La notion de maladie cachectisante antérieure ;

— L'examen microscopique qui montre l'endomyces albicans de Vuillemin agent du muguet ;

— Les cosporoses peuvent donner des plaques blanches analogues au muguet.

Le diagnostic est assuré par l'examen microscopique.

Les dermatoses générales

Certaines dertamoses qui frappent tous les épithéliums peuvent s'étendre à la muqueuse linguale. Ce sont : le psoriasis, le lichen plan et les dyskératoses.

Le lichen plan. — Il est rarement localisé à la langue et le diagnostic est facile s'il en existe des placards plus ou moins disséminés à la surface du corps.

Mais la difficulté est grande s'il est localisé à la

muqueuse linguale. Les lignes saillantes, entrecroisées, qui le constituent sont parfois si denses qu'elles peuvent donner l'impression d'une plaque blanchâtre. Mais les nervures du lichen se retrouvent très nettes sur les bords.

Il peut se présenter aussi sous forme de traînées, réaliser des images en feuille de fougère.

A la loupe on voit que ces lésions sont constituées par des petits points très rapprochées et placés en ligne.

Le psoriasis buccal. — Bazin avait ainsi dénommé la leucoplasie buccale et identifiait les deux affections.

Openheim a décrit le premier des cas de psoriasis vrai de la langue. Le diagnostic est basé sur les faits suivants :

— Plaques caractéristiques, rondes ou ovales bien limitées surélevées, grises ou jaunâtres, siègeant sur une muqueuse jaunâtre ;

— Leur surface est finement granuleuse ;

— Il existe un psoriasis généralisé ou bien limité à une autre partie du corps.

Les dyskératoses. — La dyskératose folliculaire bénigne de Darrier est constituée par des papules blanchâtres, isolées ou conglomérées en nappe, coexistantes avec des lésions cutanées.

La dyskératose lenticulaire de Bowen a un grand intérêt car elle évolue souvent vers un épithélioma. Elle présente des lésions squameuses, circonscrites, à évolution lentement progressive.

Dans les cas douteux, la biopsie montre un désordre cellulaire portant exclusivement sur l'épiderme et

associé à une hypéracanthose et à l'existence de cellules atypiques, diskératosiques dans le corps muqueux.

Diagnostic différentiel particulier à la langue noire pileuse

Certaines affections peuvent simuler les lésions de la langue noire pileuse, en raison de la coloration anormale qu'elles peuvent apporter au niveau de la muqueuse linguale. Mais le diagnostic se fait d'emblée par le fait qu'il n'existe pas, à leur niveau, de prolifération de l'épithélium des papilles.

L'abus des bains de bouche à l'eau oxigénée, l'argyrie, l'emploi de substances alimentaires colorantes peuvent donner à la langue une couleur noire.

Cette même coloration peut se retrouver dans la maladie d'Addison, le diabète bronzé. Dans ce cas, en dehors de l'absence d'hyperkératinisation, les autres signes de la maladie fixent le diagnostic.

Enfin, dans l'acanthosis nigricans, la langue est le siège de lésions villeuses qui lui donnent l'aspect d'une langue de chat et on trouve à la surface du corps des lésions beaucoup plus importantes de cette affection.

Diagnostic différentiel de la glossite chronique profonde d'origine dentaire

La question du diagnostic différentiel se pose à chacune des trois périodes de son évolution. Au premier stade, le stade erythémateux, il suffit de nous reporter au diagnostic des glossites desquamantes et dépapillantes.

Le troisième stade qui est celui de l'ulcération dentaire pose le classique diagnostic des ulcérations lin-

guales qui n'entrent pas dans le cadre de notre étude.

Le diagnostic au stade de nodule inflammatoire peut être très difficile.

La gomme syphilitique superficielle. — C'est un accident de la période tertiaire. Elles évoluent ordinairement vers la face dorsale. Leur siège habituel est la moitié ou le tiers antérieur de la langue. Elles passent au cours de leur évolution par trois phases d'infiltration, de ramollissement et d'élimination. A la phase d'infiltration, ce sont des tubercules saillants ou ensachés dans la muqueuse, gros comme un pois ou une noisette.

Elles se différencient du nodule d'origine dentaire par les caractères suivants :

Elles sont généralement multiples ;

Elles sont peu douloureuses ;

Ne siègent pas en regard d'une dent en mauvais état.

— La gomme tuberculeuse présente les mêmes caractères que la gomme syphilitique. Le diagnostic se base sur les mêmes caractères cliniques ; l'évolution très lente, l'indolence et la notion d'une tuberculose antérieure.

L'épithélioma au début peut simuler un nodule inflammatoire. Dans sa forme papillaire, il prend toujours naissance aux dépens d'une plaque de leucoplasie ou d'une lésion de dyskératose. La base qui était souple s'indure, et à la surface, apparaissent des fissures et des ulcérations.

Le diagnostic différentiel est plus délicat dans les variétés intersticielles de l'épithélioma. On n'observe alors qu'un petit nodule indolore qui devient tangent

à la surface, se fissure et s'ulcère. Seule la biopsie peut trancher la question.

— L'actinomycose, enfin, peut être limitée à la langue et peut orner un ou plusieurs noyaux, nettement circonscrits, d'une dureté ligneuse.

Les différents kystes, mucoïdes, colloïdes ou dermoïdes, surtout les premiers, ont une évolution lente et indolore.

Traitement

Du fait que les inflammations chroniques que nous venons d'étudier n'ont pas de cause spécifique, il résulte qu'il n'existe pas de traitement spécial de ces lésions. La thérapeutique découle des facteurs étiologiques que nous avons trouvé à leur origine. Il faut donc traiter le terrain et supprimer les causes d'irritation locale.

Il faut, en premier lieu, prescrire un régime hygiéno-diététique strict. La suppression du tabac, de l'alcool, des épices, donne de bons résultats et amène parfois l'arrêt de l'évolution des lésions.

Une alimentation correcte, au besoin un régime assez sévère, et le traitement de la constipation ou de l'insuffisance hépatique doivent être institués.

Mais il faut particulièrement rechercher toutes les lésions dentaires et les combattre. C'est là la seule thérapeutique logique de l'inflammation chronique profonde d'origine dentaire. On trouve dans la littérature de nombreuses observations de guérison à la suite de l'avulsion de chicots, de l'obturation de dents carriées. Dans notre première observation, le dépôt de deux couronnes amena la régression d'une plaque de leucoplasie électro-galvanique

L'extraction de deux racines amèna la guérison rapide des accidents, dans notre observation N° 2. Enfin, les soins dentaires n'ont pas amené chez notre malade N° 6 la guérison de plaques fauchées, mais ont calmé la sensibilité qui existait à son niveau .

Engmam et Weiss de St-Louis ont obtenu la guérison d'une glossite de Mœller par l'ablation de dents pyorrheïques longtemps méconnues.

Le traitement du terrain a également une grande importance et, en dehors du régime hygieno-diététique, on préconise l'emploi de l'arsenic chez les neuro-arthritiques.

La vitamine PP est employée également pour son action spécifique sur les épithéliums.

Peut-on espérer la disparition des lésions par un traitement local ?

Les traitements antiseptiques ou iodurés basés sur l'hypothèse d'une nature parasitaire de ces affections n'ont pas donné les résultats escomptés.

On emploie en général les bains de bouche à l'eau tiède ou avec des solutions emollientes. On emploie également des solutions faiblement alcalines (borate de soude, bicarbonate de soude) ainsi que des eaux minérales : Eaux de Vals, de Vichy dans la leucoplasie.

Eaux de Royat, de la Bourboule dans la glossite exfoliatrice marginée.

Les eaux cuivreuses de St-Christau auraient une action beaucoup plus grande.

On emploie, sans grands résultats, dans les glossites desquamantes et dépapillantes, les attouchements au bleu de méthylène ou à la vaseline boriquée (de Malines).

On a essayé des traitements plus énergiques dans les formes hyperkératinisantes.

Darrier préconise le badigeonnage des langues noires pileuses avec une solution alcoolique d'acide salycilique à 5 ou 10 %.

Unna emploie une solution éthérée d'acide salycilique et de collodion au 1/5 alternant avec des applications d'eau oxygénée, thérapeutique également employée par Nogué.

Enfin, certains auteurs font des raclages suivis de l'application de chlorure de zinc à 5 % mais Brocq conseille de ne l'employer qu'avec prudence.

Lubac, dans sa thèse de Montpellier (1938) conclut à l'abstention thérapeutique.

Le traitement des plaques de leucoplasie est plus intéressant du fait de la dégénérescence possible en épithélioma. Dans ce cas l'exérése chirurgiale est indiquée.

Il ne faut surtout pas irriter les plaques de leucoplasie par l'emploi de caustiques qui, le plus souvent ne font que substituer à un placard indolore et torpide, une ulcération érosive et douloureuse à tendance néoplasique.

Il vaut mieux, si on veut agir, les détruire au thermocautère ou au cryocautère de Lortat-Jacob et Gires. Civatte emploie l'électrocoagulation.

La radiothéraphie et la radiumthérapie n'ont pas donné de résultats constants.

Observations

OBSERVATION N° I.

G. Antoine, âgé de 42 ans, est employé aux Hospices. En juillet 1946, à l'occasion d'une dent carriée on découvre sur le bord de la langue en regard de la dernière prémolaire et de la première molaire, la présence d'une tache blanchâtre, allongée, d'environ un centimètre et demi de long sur un centimètre de large. Cette lésion ne semble pas surélevée, sa surface est lisse et régulière, sa base n'est pas indurée et il n'existe aucune douleur, le malade ne s'en étant même pas aperçu.

La syphilis est aussitôt soupçonnée. La réaction de Bordet-Wassermann effectuée après réactivation, donne un résultat négatif. On ne trouve d'ailleurs aucun signe de spécificité dans l'examen ou lors de l'interrogatoire du malade.

Or, la prémolaire et la molaire en regard de la lésion sont recouvertes par deux couronnes en métaux différents. L'une est en or, l'autre en nickel chromé. On soupçonne alors une origine électrogalvanique de la plaque de leucoplasie.

Deux mois plus tard, le malade est revu le 8 septembre. La plaque de leucoplasie garde toujours les mêmes caractères, mais elle semble s'être légèrement élargie. Devant cette évolution, on procède au dépôt des couronnes et les soins nécessaires sont appliqués sur les dents en cause.

D'autre part, le malade présentant des troubles gastriques et hépathiques d'origine éthylique on proscrit l'usage de l'alcool.

Quatre mois après, en janvier 1947, la lésion se réduit à une petite tache translucide qui semble en voie de disparition.

OBSERVATION N° II.

Madame F. Jeanne, âgée de 50 ans, vient le 21 février 1947, consulter pour des douleurs ressenties au niveau du bord droit de la langue, près du pilier antérieur du voile du palais. Ces douleurs continuelles et spontanées sont sourdes, mais elles s'exagèrent lors des mouvements de l'organe, gênant alors la parole et la mastication.

Elles s'irradient lors de leurs paroxismes, à la région avoisinante.

De plus la malade s'est aperçue au niveau du siège de ces douleurs de la formation d'une petite tuméfaction dure et très sensible.

A l'examen la muqueuse présente un aspect congestif. Sa surface est rouge, brillante. Les papilles sont turgescentes et paraissent desquamées.

La palpation permet de sentir, au-dessous de cette zone une petite grosseur du volume d'un pois, adhérente à la muqueuse. On observe un léger oedème avoisinant.

En face de la lésion se trouvent deux dents en très mauvais état.

La présence de ce nodule très douloureux, de la réaction inflammatoire de la muqueuse, la situation de l'affection en rapport avec la lésion dentaire, fait porter le diagnostic de glossîte chronique dentaire.

L'avulsion des dents avariées et des bains de bouche à l'eau oxygénée amenèrent la sédation complète des douleurs et la disparition de l'oedème.

Le 8 mars, la muqueuse a repris son aspect normal. La tumeur a régressé, mais il persiste encore une petite induration indolore.

OBSERVATION N° III.

Mademoiselle L. Josette, âgée de 22 ans, examinée le 21 septembre 1943, demeurant à Clermont-Ferrand, est étudiante en pharmacie. Au point de vue héréditaire elle ne présente

rien de particuler, si ce n'est que son grand-père paternel est mort d'une congestion cérébrale (hémorragie ?) à l'âge de 52 ans. Elle ne signale, dans sa jeunesse, qu'une rougeole à l'age de 4 ans et une coqueluche à 10 ans. Elle a été réglée à 14 ans ; ses règles ont toujours été irrégulières et douloureuses, peu abondantes. Elles sont accompagnées de sensations de malaise général, de migraines, détat saburrhal des voies digestives.

La malade est examinée a l'occasion d'accidents consécutifs à l'apparition d'une dent de sagesse. On remarque alors, à la pointe de la langue, sur la face dorsale la présence d'une surface rouge brillante où la muqueuse semble desquamée. Cette lésion, assez régulièrement arrondie a un diamètre d'environ 6 millimètres. Elle est entourée d'un petit bourrelet blanc, très mince, légèrement dentelé vers l'intérieur.

La région atteinte est absolument indolore et ne présente aucune induration.

La malade nous raconte l'évolution de l'affection. Il y a six mois environ, alors qu'elle travaillait dans une pharmacie, elle a par mégarde goûté de l'acide phénique. Elle a éprouvé une violente brûlure qui a persisté pendant quelques jours. Sa langue n'a présenté qu'une légère rougeur qui a disparu rapidement. Un mois après, la malade s'est aperçue fortuitement de la présence au lieu même de la brûlure, d'une tache rouge entourée d'un halo grisâtre. N'éprouvant aucune gêne, elle n'a pas consulté. La lésion observée augmenta progressivement de surface pour atteindre deux mois après, la dimension actuelle. Depuis elle n'a subi aucune évolution. Aucun traitement n'a été institué.

OBSERVATION N° IV.

Alexis R., né à Perpezat (Puy-de-Dôme), manoeuvre à Clermont-Ferrand, est âgé de 24 ans. Il présente des antécédents très nets d'arthritisme, il a eu de l'eczéma dans sa première enfance et, actuellement il est sujet aux migraines. Il nous dit également avoir présenté des crises d'asthme.

Un jour, examinant sa bouche à l'aide d'un miroir, il a dé-

couvert à la face supérieure de la langue une tache noire assez grande.

N'éprouvant aucune douleur, il ne s'en est pas inquiété. La lésion n'a été constatée que lors de soins dentaires pour une dent carriée. On constate, en avant du V lingual une surface noire en losange dont le grand axe antéro-postérieur mesure environ deux centimètres et la longueur un centimètre.

Les bords en sont peu nets. La tache présente un aspect chevelu.

En soulevant les papilles on voit qu'elles sont hypertrophiées, atteignant près de cinq millimètrs de longueur et qu'elles sont uniformément couchées d'avant en arrière. Il n'existe pas de symptômes fonctionnels. La sensibilité de la région est diminuée.

Nous avons affaire là à un cas typique de la langue noire pileuse.

Il faut signaler que le malade faisait un usage immodéré du tabac et présentait des troubles digestifs mal définis de nature probablement éthylique.

OBSERVATION N° V.

Monsieur L. Pierre, âgé de 43 ans, est envoyé au service de dermatologie de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand par le service de stomatologie. Il a, en effet, des dents en très mauvais état et ce depuis l'âge de 20 ans. Grand fumeur, gros buveur, son état général reste bon.

On ne trouve rien à signaler dans son hérédité et lui-même ne se plaint d'aucun malaise. Il a toutefois eu les oreillons vers sa douzième année.

Examiné le six janvier 1947, il présente sur la face dorsale de la langue une surface ovalaire, symétrique par rapport à l'axe antéro-postérieur de l'organe, d'environ huit millimètres de long sur cinq de large, rouge et sèche. Cette suface est lisse et dépapillée. Ses deux bords postérieurs, bien limités sont en rapport avec le sommet du V lingual. Ses bords antérieurs sont également bien limités, mais moins réguliers. La surface en est plane et de coloraton uniforme. La lésion n'a au-

cune tendance évolutive. Elle est indolente et semble légèrement infiltrée.

Nous avons affaire à une glossite losangique médiane de Brocq et Pautrier. La réaction de Bordet-Wassermann, demandée le même jour, a été négative.

Le malade n'a pas été suivi.

OBSERVATION N° VI.

M. Maurice âgé de 38 ans, est vu le 4 février 1947. Il présente sur le bord de la langue, en regard d'une dent carriée, une plaque fauchée, de forme allongée, mal limitée, à fond lisse et souple. La couleur en est rouge, vernissée et luisante. La lésion est sensible, non indurée. Dans les antécédents nous relevons une broncho-pneumonie à trois mois, une coqueluche, une diphtérie à 12 ans.

L'injection de sérum provoqua des accidents sériques : urticaire, oedéme de la face. On ne trouva pas d'albumine dans les urines.

Depuis on ne peut signaler que des rhumes sans gravité, l'hiver. Le malade avoue cependant une blennorragie contractée lors de son service militaire.

La syphilis est aussitôt soupçonnée et on pratique un examen du sang. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht se montrent négatives. Le taux de l'urée sanguine est de 0 gr.36 par litre de sang.

Une numération globulaire montre une proportion normale des éléments figurés.

Nous nous trouvons donc en présence de plaques fauchées non spécifiques de la langue.

Les soins donnés à la dent correspondante et des bains de bouche avec une solution de borate de soude, n'ont amené aucune modification de la lésion, mais provoquèrent la disparition de la sensibilité locale.

Conclusions

Quelles sont les conclusions qui se dégagent de l'étude des inflammations chroniques non spécifiques de la langue ?

En premier lieu, les mêmes causes se retrouvent à l'origine de toutes ces affections. Au premier plan de celles-ci il faut placer les altérations dentaires, les troubles dyspeptiques et un terrain prédisposant. Ces acteurs étiologiques agissent très rarement de facon isolée et on les trouve presque toujours intriqués à des degrés divers.

L'âge n'a qu'une valeur relative dans la détermination de la forme clinique prise par la lésion. Le sexe ne semble pas avoir d'influence.

Les diverses formes cliniques correspondent à un substratum anatomopathologique bien particulier.

Le diagnostic positif se fait par la simple constatation, les signes objectifs donnés par la vue, étant, avec la palpation, les seuls guides de l'examen.

Dans le cas douteux, la biopsie assure le diagnostic.

Un examen trop rapide ne doit pas faire méconnaître une maladie nécessitant une thérapeutique particulière. Au moindre doute, il faut faire toutes les re-

cherches nécessaires pour dépister une syphilis ou une tuberculose et, si on a affaire à une lésion précancéreuse pour prévenir tout début de dégénérescence maligne.

La thérapeutique découle des facteurs étiologiques. Elle doit être basée sur ces deux principes :

Traiter l'état général ;

Supprimer les causes locales : lésions dentaires, troubles digestifs.

Au point de vue de la lésion, nous concluons à l'abstention de thérapeutique active. Là aussi, doit régner le vieil adage « Primum, non nocere ».

Seules, les plaques de leucoplasie peuvent nécessiter une intervention active, si elles font craindre une évolution cancéreuse.

Le Président de la thèse :

BOULARAN.

VU : *Le Doyen :*

J. CALVET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Toulouse le 20 juin 1947

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université :

P. DOTTIN.

Bibliographie

Alibert. — Desquamation épitheliale de la langue (**Gazette des Hôpitaux,** 1875).

Balzer et Galup. — Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 4 juillet 1907.

Bazin. — Affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, 2me Edition, page 272.

Bergeron. — Société médicale des Hôpitaux, 11 mai 1864.

Besnier. — La pratique dermatologique, Paris, Masson 1900.

Blum. — Rôle des dents dans quelques infections (**Thèse de Paris,** 1900-1901).

Bridon. — Sur une affection innominée de la langue (**Thèse de Paris,** 1872).

Brocq. — Traité des maladies de la peau, p. 407.
— Traitement des maladies de la peau.
— Cliniques dermatologiques, 2me série, p. 551.
— Lichen plan des muqueuses et leucoplasie (**Presse médicale,** 22 mai 1919).

Brocq et Pautrier. — La glossite losangique médiane (**Annales de Dermatologie,** janvier 1914, p. 1).

Buttlin. — Deseases of the tongue, Londres 1895 et 1900.

A. Chaput. — Avitaminoses et cavité buccale (**Encyclopédie médico-chirurgicale, Stomatologie,** 22.050).

Chevalier, Colin et R. Moline. — La langue blanche pileuse ou finement épineuse et les hyperkeratoses papillaires de la langue (**Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie,** 14 février 1935).

Chichkoff. — Leucoplasie, ses rapports avec la syphilis (**Thèse de Paris,** 1902-1903).

Civatte. — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, t. 21, Dermatologie, p. 460.

Clément Simon. — La glossodinie. Algie sympathique (**Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel**).

Darrier. — Les cancers de la face et de la bouche (**Le Monde Médical,** 1er février 1930).

Debove, — Le psoriasis buccal.

Dechaume Michel. — Précis de Stomatologie p. 118.

Desaux. — Les plaques lisses fauchées de la langue (**Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie,** 15 janvier 1931, p. 60, et 8 décembre 1932, p. 701).

Desaux et Boutelier. — Manuel pratique de Dermatologie (Masson 1932).

L. Dieulafé. — Maladies chirurgicales de la cavité buccale dans traité de stomatologie, publié sur la directon de Gaillard et Nogué, t. VIII, Paris 1911.

Engmann et Weiss. — (Saint-Louis) Moeller's desease in Monilia Candida infection of the tongue, p. 48.

P. Fernet. — Valeur séméiologique des leucoplasies buccales (**Bulletin Médical,** 25 octobre 1919, N° 47.

Fiévez. — Glossites et abces centraux-linguaux (**Progrès Médical,** 15 juillet 1939, N° 28).

Fournier. — Des relations de la leucoplasie buccale avec le cancer et la syphilis (**13me Congrès International de Médecine,** Paris 1900).

Fournier. — Cancer de la langue, syphilis et tabac (**Académie de Médecine,** 1906).

L. Gallé. — Dermatoses réactionnelles des muqueuses (**Encyclopédie médico-chirurgicale, Dermatologie**).

G. Gaté. — Lichen plan érosif (**Société de dermatologie de Lyon,** 17 avril 1930, p. 171).

G. Gaté. — Diagnostic des affections de la langue (**Société odonto, stomatologie de Lyon,** 1937).

J. Gaté et A. Cecaldi. — Etude clinique et thérapeutique des maladies de la peau, p.204.

Gougerot et Burnier. — Lichen plan de la langue simulant la glossite syphylitique (**Société Française de Dermatologie et de syphiligraphie,** 14 novembre 1929).

Gubler. — Article bouche. Dictionnaire de Dechambre 1869.

Kitchewitz-Petrowitz, — Contribution à l'étiologie de la glossite exfoliatrice marginée de la langue (**Congrès de Bruxelles** 1926, p. 127).

Lebar. — Traité de pathologie médicale et de thérapeuthique

Lemonnier. — (**Thèse de Paris,** 1883). De la glossite exfoliatrice marginée.

Lortat-Jacob et Legrain. — Un cas de lupus érythémateux étendu et infiltré de la muqueuse buccale (**Société de Dermatologie et de syphiligraphie,** avril 1926, p. 368).

Lubac. — De la langue noire pileuse (**Thèse de Montpellier,** 1938, N° 29).

Lucet. — Contribution à l'étude de la langue noire (**Archives de Parasitologie,** juillet 1901).

Lutier. — Langue noire pileuse (**Presse médicale,** 22 juin 1929).

Millian. — Glossite en médaillon, losangique tuberculeuse (**Société de dermatologie et de syphiligraphie,** janvier 1931, p. 90).

Montgommery et Culver. — Archives of dermatology à Syphilography, XXVI, N° 3, septembre 1932.

Nogué. — Maladies de la bouche, t. VII.

A. Patte. — Contribution à l'étude des affections sanguines révélées par les accidents bucco-pharyngés (**Thèse de Paris,** 1934).

Pautrier. — (**Société Dermatologique de Strasbourg,** novembre 1929). Glossite losangique médiane.

Pautrier et Lévy. — Réunion dermatologique de Strasbourg, 12 juillet 1925 et 16 janvier 1926.

L. Périn. — Acanthosis nigricans des muqueuses (**Pratique médico-chirurgicale Dermatologie** 12.086-15).

Rachet Marcel. — Etude sur les leucokeratoses buccales.

Rayer. — Traité des maladies de la peau, t. II, p. 167, Paris 1837.

Ribier (Louis de). — Leucoplasies buccolinguales non spécifiques

Ruppe Charles. — Acquisitions récentes sur les lésions superficielles de la muqueuse buccale (**Presse médicale,** 8 octobre 1938, N° 85).

Sézary. — Les plaques lisses fauchées tuberculeuses (**Société de dermatologie et de syphiligraphie,** 14 novembre 1940).

Sézary, Combe et Harrowitz. — Pigmentation buccale et prurigo-nigricans chez un insuffisant hépathique (**Société de Dermatologie et de Siphiligraphie,** 11 juin 1931, p. 857).

Turpin et Caratzali. — Contribution à létude de la glossite exfoliatrice marginée.

Ullmann K. — Les leucoplasies électrogalvaniques et hypercholestériniques comme contribution à la leucoplasie idiopatique (**Derumatol. Wochenschr.** N°13, 28 mars 1936, et N° 14, 1er avril 1936).

Unna. — Thérapeutique des maladies de la peau (1908).

Verneuil. — Les ulcérations imaginaires de la langue (**Académie de Médecine,** 27 septembre 1889).

Vidal. — De la Leucoplasie buccale (**Union médicale,** 1883, N° 1 et 4).

Zimmer. — Glossite de Moeller — Hunter Handbuch, t. XIV, 1930, p. 101).

Dép. lég. 3e trim. 1947. Au 52.
Imp. Toulousaine (R. Lion), 2, rue Romiguières